FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926 — THÈSE — N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

Max LUMIERE

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Né au Vésinet le 22 mars 1894

LA SYPHILIS GASTRIQUE BILOCULAIRE

Président : M. GEORGES GUILLAIN, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—

1926

LE DOYEN. . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	N...
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	N...
Clinique médicale	GILBERT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Sans chaire	ROUVIÈRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI . . .	Pathologie médicale.
ALGLAVE . .	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN. .	Pathologie médicale.
BASSET . . .	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN. .	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA . . .	Histologie.
BRULÉ. . . .	Pathologie médicale.
BUSQUET. . .	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT . .	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY . .	Histologie.
CHIRAY . . .	Pathologie médicale.
CLERC . . .	Pathologie médicale.
DEBRÉ . . .	Hygiène.
. de JONG . .	Anatomie pathologique.
DUVOIR . . .	Médecine légale.
ÉCALLE . . .	Obstétrique.
FIESSINGER .	Pathologie médicale.
FOIX.	Pathologie médicale.
GARNIER . .	Pathologie expérimentale.
HARVIER. . .	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.

MM.	
HOVELACQUE .	Anatomie.
JOYEUX . . .	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER. .	Obstétrique.
LEMAITRE. .	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE . .	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL.	Obstétrique.
LHERMITTE .	Pathologie mentale.
LIAN.	Pathologie médicale.
MATHIEU· · .	Pathologie chirurgicale
METZGER . .	Obstétrique.
MOCQUOT . .	Pathologie chirurgicale
MONDOR. . .	Pathologie chirurgicale
MOURE. . . .	Pathologie chirurgicale.
MULON. . . .	Histologie.
PHILIBERT. .	Bactériologie.
RIBIERRE. . .	Pathologie médicale.
RICHET Fils. .	Physiologie.
TANON. . . .	Pathologie médicale.
VAUDESCAL.	Obstétrique
VERNE. . . .	Histologie.
VILLARET . .	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	
JOUGEROT .	Pathologie médicale.
LUÉNIOT. . .	Obstétrique.

MM.	
RETTERER. .	Histologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM.	
AUVRAY. . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. . .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE .	Clinique médicale.
LEREBOULLET.	Clinique médicale infantile.

MM.	
LÉRI	Clinique médicale.
LŒPER . . .	Clinique médicale.
PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
RATHERY . .	Clinique médicale.
SCHWARTZ .	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.	Stomatologie.
CHAILLAY BERT	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A M. LE PROFESSEUR GEORGES GUILLAIN

Professeur de Clinique neurologique à la Salpêtrière
Membre de l'Académie de Médecine

Qui m'a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. En témoignage de ma respectueuse reconnaissance pour l'accueil que j'ai trouvé auprès de lui en toutes circonstances.

A M. le Professeur agrégé LŒPER

Médecin de l'Hôpital Tenon

Témoignage de respectueuse reconnaissance pour les excellents conseils qu'il m'a toujours prodigués.

A M. le Docteur CALBET

Ancien interne des Hôpitaux

A M. le Docteur E. COUDERT

Ancien chef de Clinique à Tarnier

A M. le Docteur Jacques FORESTIER

Ancien interne des Hôpitaux

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. LE PROFESSEUR DEBOVE (*in memoriam*)

M. LE DOCTEUR TOURAINE

M. LE DOCTEUR ŒTTINGER

Médecin honoraire des Hôpitaux

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LŒPER

Externat

M. LE DOCTEUR FREDET

Chirurgien de l'Hôpital de La Pitié

M. LE PROFESSEUR ROGER

Médecin Honoraire des Hôpitaux
Professeur de Physiologie

M. LE PROFESSEUR GEORGES GUILLAIN

M. LE DOCTEUR LÉCHELLE

Médecin des Hôpitaux

M. LE PROFESSEUR LÉON BERNARD

Médecin de l'Hôpital Laënnec
Professeur d'Hygiène

M. LE DOCTEUR DEVRAIGNE

Accoucheur de l'Hôpital Lariboisière

M. LE DOCTEUR HUDELO

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

A M. LE PROFESSEUR SÉBILEAU

Membre de l'Académie de Médecine
Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière

AVANT-PROPOS

Ce travail a été entrepris à l'instigation de M. le professeur agrégé Lœper, nous lui exprimons notre très vive reconnaissance d'avoir bien voulu nous aider de ses conseils.

Nous devons à l'obligeance de M. Lenoir et de son interne, notre ami M. Coffin, une observation inédite ; M. Leven nous en a procuré également une autre à laquelle s'ajoutent de très intéressantes radiographies exécutées par M. Barret, qu'ils reçoivent ici nos remerciements les plus respectueux.

Nous ne saurions oublier notre ami, M. Huguenin, dont la compétence en anatomie pathologique nous a été du plus grand secours.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/lasyphilisgastri0000maxl

LA

SYPHILIS GASTRIQUE
BILOCULAIRE

INTRODUCTION

Fournier, dans le premier numéro de son journal *La Syphilis* paru en juillet 1903 a dit « l'estomac lésé par la syphilis n'a pas pour exprimer sa souffrance des troubles fonctionnels différents de ceux qui servent d'expression à des lésions gastriques relevant de causes très différentes ». Il n'y a donc pas à chercher des symptômes spéciaux de la syphilis gastrique.

Il semble à l'heure actuelle que la syphilis gastrique soit en réalité beaucoup plus fréquente qu'on ne le pensait à cette époque. Depuis le travail d'ensemble de Galliard, paru en 1886, de nombreux travaux, surtout ces dix dernières années, ont essayé par la recherche des critériums, soit cliniques, soit anatomiques, soit biologiques d'en fixer les caractères qui permettent peut-être d'en faire le diagnostic. Il est en effet désirable, tant au point de vue théorique qu'au point de vue pratique, d'essayer de fixer les différentes modalités de la syphilis gastrique.

Théoriquement, en effet, il serait satisfaisant de faire rentrer dans le grand cadre nosologique de la

syphilis un certain nombre d'aspects cliniques des affections de l'estomac.

Pratiquement, si l'on compare la faible action thérapeutique, que nous avons sur le cancer de l'estomac et même sur certaines formes d'ulcus, aux possibilités d'amélioration sinon même de guérison que nous offre l'arsenal thérapeutique antisyphilitique, on conçoit l'intérêt qu'il y a pour le praticien à savoir dépister les cas où le tréponème est en cause.

Depuis que Fournier a écrit les lignes que nous avons rapportées au début, de nombreux auteurs se sont attachés à la recherche d'un critérium qui permette de dépister la syphilis gastrique. Nous verrons que la clinique peut fournir un certain nombre de signes intéressants, que l'anatomie pathologique microscopique et macroscopique n'a surtout qu'un intérêt rétrospectif et que du reste l'interprétation des coupes est souvent difficile.

Les réactions de laboratoires, surtout étude du chimisme gastrique d'une part et réaction de Wassermann d'autre part, interviennent inégalement dans la recherche de la syphilis gastrique.

Nous verrons, en effet, que si la diminution d'acide chlorhydrique libre s'est rencontrée fréquemment dans ces affections, on ne peut se baser sur cet élément pour affirmer le diagnostic.

Quant à la réaction de Wassermann, elle présente un intérêt indiscutable, mais elle pose la question toujours difficile à résoudre d'une affection banale chez un spécifique.

La thérapeutique elle-même, en cas de succès du traitement antisyphilitique, nous apporte également un très gros appoint en faveur de l'hypothèse de la syphilis, mais son insuccès partiel ou total ne peut absolument infirmer cette hypothèse.

On sait, en effet, qu'il existe dans les lésions syphilitiques de l'estomac, surtout lorsqu'elles sont un peu anciennes, un élément cicatriciel évidemment irréductible au traitement, de même que l'on voit des affections du système nerveux, tel le tabès, fixées par un traitement suffisamment énergique mais avec des reliquats qui sont l'expression clinique de cicatrices définitives. La coexistence de lésions syphilitiques soit cutanées, soit nerveuses, soit cardio-vasculaires, est certainement aussi en faveur de l'origine également spécifique des lésions gastriques que l'on observe chez le malade.

A l'heure actuelle on recherche systématiquement la syphilis à l'origine de presque toutes les affections chroniques, on a été ainsi amené à mettre en évidence son rôle si important en pathologie gastrique.

Parmi les lésions que le tréponème détermine sur les tuniques de l'estomac, il en est une à laquelle il imprime des caractères particuliers qui peuvent d'emblée attirer l'attention du clinicien ; il nous a paru, en effet, que l'orsqu'on constatait une biloculation gastrique la syphilis était très souvent en cause.

Dans le service de notre Maître, M. Lœper, il nous a été donné de voir plusieurs cas de syphilis gastrique et il a bien voulu attirer notre attention sur l'image

biloculaire que présentait l'estomac de ces malades examiné radiologiquement. Cet aspect avait d'ailleurs été déjà remarqué par Leven et Barret, Béclère et Bensaude et il nous a paru intéressant de rechercher les cas d'estomac syphilitique biloculaire.

Nous étudierons donc, après un court historique, ce qu'on doit entendre d'abord par le terme de biloculation. La diversité des classifications montre l'intérêt qu'il y a à s'attarder sur ce terme.

Nous examinerons la valeur des différents critériums permettant d'affirmer la syphilis gastrique. Nous nous étendrons un peu plus sur les examens d'anatomie microscopique qui ont pu être pratiqués dans certains cas. A défaut du tréponème mis en évidence par Mc Nee seulement, les coupes anatomopathologiques présentent, en effet, quand elles sont typiques des caractères de spécificité extrêmement intéressants.

Nous donnerons ensuite les observations que nous devons à l'obligeance de notre Maître, M. Lœper, celles qu'ont bien voulu nous communiquer MM. Leven et Barret dont l'une est inédite. Une autre observation inédite nous a été prêtée par M. le Dr Lenoir en collaboration avec son interne M. Coffin. Nous avons pu en trouver quelques autres dans la littérature médicale ; la très belle observation de MM. Béclère et Bensaude, celle de M. Timbal (de Toulouse) et celle publiée dans la thèse de Collette en 1913-1914 due à M. Enriquez

HISTORIQUE

Les observations de syphilis gastrique à l'abri de toute critique ne sont pas extrêmement nombreuses. Cependant, si l'on considère leur rareté on ne peut que remarquer la fréquence relative de la syphilis biloculaire.

La première observation de biloculation de l'estomac très probablement syphilitique est celle de Frerichs dans son *Traité des maladies du foie* et qui est rapportée par Galliard en 1886.

A propos d'un malade qui présente des lésions cicatricielles syphilitiques du foie, Frerichs ajoute dans le compte-rendu de l'autopsie :

« Sur la petite courbure de l'estomac : petite cica-
« trice rayonnée qui donne naissance à une cloison
« remarquable entre le cul-de-sac cardiaque et la
« portion pylorique de l'estomac. »

Il semble vraiment qu'il s'agisse là d'un cas typique de sténose médio-gastrique d'origine cicatricielle.

Malheureusement, si la syphilis paraît très probablement en cause parce que les lésions du foie reconnaissaient cette étiologie, aucun examen histologique n'a pu en fournir la preuve rigoureuse.

En 1903, Lafleur publie, dans le *Montreal Medi-*

cal Journal, une observation de syphilis gastrique dans laquelle, au cours d'une intervention, l'opérateur trouva un estomac ayant contracté de nombreuses adhérences et présentant un aspect d'estomac en sablier.

« The thickened area some cicatrisation and con-
« traction had occured producing a certain degree
« of hour glaas contracture two or three inches from the pylorus. »

A l'ouverture de l'estomac se montra une ulcération serpigineuse qui fut excisée. Examinées au microscope, les coupes montrèrent une infiltration chronique sans caractère malin, constituée surtout par du tissu scléreux.

Il n'est pas fait mention dans cette observation de la présence de nodules gommeux. Naturellement, aucun examen radiologique n'a été pratiqué.

La première observation où la biloculation de l'estomac a été étudiée radiologiquement est celle qu'ont présentée à la Société Médicale des Hôpitaux en février 1910, MM. Leven et Barret.

Ensuite, citons la très belle observation de MM. Béclère et Bensaude.

Celle de Galliard et Mendelssohn de mai 1919.

Celle de Timbal (de Toulouse).

Celles de M. Lœper avec ses collaborateurs MM. Bory et Turpin.

CLASSIFICATION
DES BILOCULATIONS GASTRIQUES

Le terme de biloculation de l'estomac, ou encore estomac en sablier, englobe un certain nombre d'aspects radiologiques correspondant à des états très différents de cet organe.

La classification elle-même de ces états n'est pas aisée si l'on en juge par la variété des termes qu'emploient les auteurs.

Nous relevons ainsi que pour Klose il existe des estomacs biloculaires intermittents et permanents ; Béclère parle de biloculations propres et de biloculations d'emprunt ; pour Leriche et Coste, biloculations anatomiques et physiologiques, pour Barjon il y a des biloculations intrinsèques et extrinsèques, positives et actives, vraies ou fausses.

Nous admettrons avec M. le professeur Pierre Duval qu'il n'y a pas de biloculations fausses ou vraies, mais qu'il existe un aspect radiologique biloculaire qui peut être passager ou permanent : d'où deux grandes classes.

Les biloculations radiologiques correspondant à des sténoses médiogastriques permanentes, résultant d'altérations pariétales.

Les biloculations radiologiques passagères ne correspondant pas à une altération anatomique des tuniques de l'estomac.

Donc, au terme de biloculation vraie on doit substituer permanent et à celui de fausse celui de biloculation passagère.

Bien que cette classification paraisse simple et vraiment séparative, nous verrons qu'il existe des cas difficiles à faire rentrer dans une de ces deux catégories, cas intermédiaires que laissent toujours échapper les cadres trop rigides fixés par notre esprit.

Les biloculations passagères, sans sténose pariétale sont, soit des biloculations par atonie, soit des biloculations par compression, tumeur du voisinage, aérocolie, soit encore des biloculations spasmodiques, ce sont d'ailleurs les plus fréquentes de cette catégorie : ce sont soit des incisures simples des courbures, soit des anneaux de contraction.

Il convient de remarquer que lorsqu'elles siègent au niveau de la grande courbure, ces biloculations spasmodiques passagères, siégeant souvent au tiers moyen de l'estomac, se trouvent en face d'une lésion organique située sur la petite courbure, lésion qui fréquemment se marque par un aspect en niche de Haudeck. Il s'agit là d'une véritable corde spasmodique jetée sur la grande courbure par une irritation dont le point de départ se trouve précisément au niveau de la lésion organique de la petite courbure.

Ces états spasmodiques peuvent se retrouver sur

plusieurs images radiographiques, elles peuvent durer plusieurs jours, parfois plusieurs mois, et Ricart a rapporté un cas où l'aspect biloculaire se serait retrouvé pendant trois ans. On voit là un des exemples de ces états biloculaires sans lésion pariétale qui répondent assez mal au terme de biloculations passagères.

Les anneaux de contractions spasmodiques montrent une participation de la petite courbure à la formation du canal de séparation des deux poches. L'étendue de ce canal est variable pouvant atteindre plusieurs centimètres, jusqu'à 0,07 (Grégoire) ordinairement passager, soit un aspect fixé par une radiographie. Deux radiographies le montrent différent et on le voit se modifier à la radioscopie.

Il s'agit d'estomacs hyperpéristaltiques tels qu'on peut les rencontrer dans la maladie de Graves (Case) dans l'ulcère du duodénum, dans la cholécystite calculeuse (Tuffier, Grégoire, Bensaude et Chilaïditi, H. Béclère).

Les biloculations par brides ou adhérences sans lésions de la muqueuse, sont rares et n'appartiennent pas à la syphilis. Elles sont dues à des lésions de périgastrites qui peuvent entourer les ulcères : leur rôle n'est pas primordial.

Les biloculations par sténose médiogastrique, biloculations permanentes, sont dues à des lésions ulcéreuses, maladie de Cruveilher, ou encore à certaines linites plastiques, moins souvent sont le fait d'un cancer et surtout, ainsi que nous le montrerons,

doivent faire penser à une lésion syphilitique de l'estomac, soit lésion en évolution, soit lésion cicatricielle, soit état mixte.

Ces images permanentes se différencient par la permanence de l'image dans les différentes positions : debout et couchée ; permanence également dans le temps : des clichés pris à intervalles plus ou moins éloignés, montrent l'aspect biloculaire sensiblement fixé ; permanence de l'image à l'insufflation ; apparition au moment de l'ingestion de bismuth ou de baryte d'une poche unique, puis au bout d'un temps assez long s'amorce un filet de bouillie opaque qui constitue rarement une poche inférieure, persistance de l'image au cours de la manœuvre de Chilaïditi et forme permanente spéciale, non régulièrement arrondie de l'encoche, longueur et calibre du défilé.

En somme une et même plusieurs radiographies rapprochées ne suffisent pas toujours à distinguer les sténoses passagères des sténoses permanentes, et c'est surtout à l'examen radioscopique qu'appartient la discrimination de ces deux aspects qui correspondent à deux états absolument différents de l'estomac.

SYMPTOMATOLOGIE DES ESTOMACS BILOCULAIRES

Peut-on déceler cliniquement sans le secours de la radiologie une biloculation gastrique

1° **Signes subjectifs**. — Si la biloculation n'est que peu marquée ou encore si le passage entre les deux poches est suffisamment perméable, les signes subjectifs peuvent être totalement absents.

Lorsqu'ils existent, il s'agit de troubles dyspeptiques banaux: digestion lente, difficile, sensation de plénitude ou de pesanteur après les repas. Clozier de Beauvais a décrit un bruit de glou-glou gastrique.

Lorsque la sténose est plus marquée, on se trouve en présence de signes d'une ulcération en évolution avec des hématémèses plus ou moins répétées et abondantes, les rémissions deviennent de moins en moins fréquentes, l'intolérance et les douleurs vont en augmentant, ces douleurs sont plus ou moins tardives, continues et vives. Les vomissements, quoiqu'en aient dit Decker et Schmitt, calment et parfois même suppriment la douleur.

Les vomissements sont très fréquents, d'autant plus précoces que la sténose siège près du cardia. Cependant, de même que dans la sténose pylorique,

il existe des estomacs particulièrement irritables, de même dans les biloculations bas placées on peut voir des vomissements précoces, ce sont des vomissements alimentaires accompagnés de plus ou moins de liquide.

Souvent ils surviennent en deux temps séparés par un intervalle de durée variable. M. Lœper a insisté sur l'évolution en trois périodes des vomissements : dans une première phase les vomissements sont alimentaires, deviennent muqueux dans une deuxième phase puis alimentaires de nouveau au troisième stade.

2° **Signes physiques**. — Inspection : il faut que l'estomac soit distendu, soit naturellement, soit par insufflation. L'inspection peut mettre en évidence une tension intermittente de l'épigastre de peu d'étendue et située à gauche de la ligne médiane. Ce phénomène marche souvent de pair avec du clapotage auquel s'associe l'aspect que Lion et Nathan appellent l'agitation péristaltique qui n'est que la manifestation des contractions de l'estomac luttant contre la sténose, analogue à celui qu'on rencontre dans la sténose pylorique, mais ici il est limité encore à gauche de la ligne médiane.

La palpation ne donne que peu de renseignements : elle peut montrer l'existence d'une masse plus ou moins étalée surtout s'il y a de la périgastrite. La percussion combinée à l'auscultation indique le clapotage. Il n'a guère de valeur que combiné à l'insuf-

flation et à l'étude de l'évacuation du contenu gastrique.

L'auscultation ne montre guère que le bruit de glou-glou dont nous avons déjà parlé et surtout dans les formes sans sténose prononcée.

L'exploration à la sonde : elle montre le matin à jeun du liquide avec débris alimentaires : c'est là un phénomène commun à toutes les sténoses.

Jaworski en 1888 a décrit l'Ectasia ventriculi paradoxa : après évacuation en apparence complète de l'estomac, on provoque encore facilement du clapotage. Le même auteur a décrit également un autre signe dérivé du lavage d'estomac. Lorsqu'on pratique celui-ci, il ressort toujours moins d'eau qu'on en a introduit. Bouveret en 1893 dans son *Traité des Maladies de l'estomac* a montré que dans les sténoses médiogastriques le lavage se fait régulièrement et l'eau ressort claire lorsque tout à coup elle redevient trouble. Il se produit un reflux subit du contenu de la poche inférieure dans la poche supérieure.

Mais, malgré l'intérêt de ce mode d'exploration, nous croyons qu'à l'inverse de la sténose pylorique dans laquelle le tubage à jeun prime la radio, ici c'est la radio qui doit prendre la première place.

Insufflation. — Elle a été étudiée par Krukenberg et surtout par Bouveret.

Ces auteurs distinguent deux cas : ou bien les deux poches s'insufflent simultanément, ou bien seule se gonfle la poche cardiaque et on entend sous le nom de « syndrome de Bouveret » les résultats dissem-

blables que donnent l'insufflation et le clapotage quant à la situation de l'estomac : le clapotage montrant un estomac bas situé, l'insufflation au contraire, haut et à gauche de la ligne médiane. C'est qu'en effet ces deux modes d'exploration mettent en évidence les deux poches de l'estomac biloculaire.

Il nous reste la gastrodiaphanie. On peut dire à l'heure actuelle que ce mode d'exploration est absolument abandonné.

Il aurait montré deux zones claires séparées par une zone sombre à condition que le rétrécissement ne soit pas infranchissable.

Somme toute, quel que soit l'intérêt présenté par la clinique, elle est incapable de découvrir dans la majorité des cas, l'existence d'une biloculation de l'estomac.

Les signes précédents, souvent absents, d'une interprétation difficile, réclament des manœuvres multiples ou un matériel devenu beaucoup plus rare que les installations radiologiques.

Il appartient à la radiologie seule qui est du reste maintenant le complément obligatoire de tout examen gastrique, de découvrir les biloculations qui peuvent altérer le contour normal de l'estomac.

ETIOLOGIE DE LA BILOCULATION GASTRIQUE

Les nombreux auteurs qui ont étudié la question de la biloculation de l'estomac ne semblent en général n'avoir qu'entrevu l'importance de la syphilis comme cause de la biloculation gastrique.

L'ulcus est considéré comme l'origine la plus fréquente de ces déformations de l'estomac, le cancer occupant, mais très en arrière, la deuxième place et le plus souvent c'est très accessoirement que les auteurs parlent de la syphilis comme étiologie possible d'estomac biloculaire (Cerné et Delaforge, Legros, Barjon, Lion et Nathan, etc...).

Béclère et Bensaude dans le commentaire qui suit leur observation remarquent déjà le rôle effacé que joue la syphilis.

L'insuffisance des cas publiés de syphilis gastrique avec aspect radiologique nettement biloculaire ne permet évidemment pas de retirer à l'ulcère une place très importante. Cependant, si l'on considère les observations que nous avons pu réunir, les cas certainement assez fréquents où la syphilis a passé inaperçue au bénéfice de la maladie de Cruveilher, on ne peut s'empêcher de penser que la syphilis joue

un grand rôle dans la déformation des tuniques de l'estomac.

Comme nous l'avons fait remarquer au début, il est si important pour la guérison de déceler le tréponème que le clinicien aura toujours bénéfice à soupçonner sa présence, chaque fois qu'à un aspect biloculaire se joindront des signes cliniques d'ulcère ou de cancer, qui ne paraissent pas absolument typiques.

En effet, ces trois causes mises à part, on n'en connaît pas d'autres à l'heure actuelle.

Ainsi que nous le verrons à l'anatomie pathologique, ce sont des lésions gommeuses ou scléro-gommeuses qui, seules, sont susceptibles de produire une biloculation gastrique. Les lésions secondaires n'atteignent pas assez profondément la muqueuse pour causer de semblables déformations. Quant à la syphilis à forme delinite, elle donne lieu à des rétractions beaucoup plus considérables, réalisant des formes variées comparées à une pipe par certains auteurs ; c'est encore ce que Leven et Barret ont appelé le « petit estomac syphilitique ».

ÉTUDE
DE LA SYPHILIS GASTRIQUE BILOCULAIRE

Critérium clinique de la syphilis gastrique biloculaire. — Et consultant les observations publiées à la fin de ce travail pour rechercher s'il est possible d'en faire une synthèse clinique ou simplement d'en extraire un critérium qui puisse aider au diagnostic étiologique de la syphilis biloculaire, la variété des signes et leur banalité, l'impossibilité de mettre en évidence aucun symptôme particulier prouvent que cette tentative est vaine.

Nous retrouvons les formes cliniques de la syphilis gastrique déjà décrites dans le cadre desquelles nous devons faire rentrer les cas particuliers qui nous intéressent.

Tantôt le malade se présente comme un dyspeptique banal (obs. II), tantôt l'amaigrissement, la perte des forces, la cachexie font penser à un néoplasme (obs. III et V), mais il s'agit d'un sujet jeune chez lequel on peut à bon droit écarter ce diagnostic (obs. VIII), les hémorragies manquent sous toutes leurs formes : pas d'hématémèse, pas de melœna, quant aux hémorragies occultes elles n'ont pas généralement été recherchées. Les vomissements manquent fréquemment.

On reconnaît dans ces pseudo-cancers la forme cancéreuse de la syphilis étudiée par Fournier, Hayem et Lion, Langovoï et bien d'autres auteurs.

Dans la plupart des cas que nous publions aucune tumeur abdominale ne fut perçue, même après une longue évolution.

La longueur même de cette évolution prouve que les cas considérés n'appartiennent pas au cancer. Il est en effet anormal de voir des malades chez lesquels se développe un néoplasme gastrique vivre encore plusieurs années après l'apparition des premiers symptômes de la maladie.

Dans d'autres cas, il semble plutôt qu'il s'agisse d'un ulcère par l'intensité des douleurs (obs. I, IV, VI, VII, IX), survenant par crises périodiques (obs. I, IV, VI), par les vomissements ou un état nauséeux (obs. I, IV, VII, IX).

Les hémorragies manquent fréquemment dans ces cas de pseudo-maladies de Cruveilher (obs. I, IV, VI).

Par contre, dans deux observations (VII et IX), il faut noter l'importance des hémorragies qui ont provoqué la mort des malades. Cette forme hémorragique a été étudiée par Fournier, Dieulafoy, Murchinson, Fioupe, Drozda, Chiari, Lœper, etc.

Dans tous ces cas, il s'agit de l'ulcération des vaisseaux par un processus d'artérite gommeuse que nous verrons à l'anatomie pathologique et connaissant l'affinité du tréponème pour les vaisseaux, on ne peut s'étonner d'y voir les hémorragies assez fré-

quentes lorsqu'il se localise sur les tuniques de l'estomac.

En résumé, alors même qu'elle déforme d'une façon si importante les parois de l'estomac, la syphilis n'imprime aucun caractère particulier, n'ajoute aucun signe pathognomonique au tableau classique soit des dyspepsies, soit de l'ulcère, soit du cancer. Elle demeure la grande simulatrice qui se cache sous le masque d'affection reconnaissant une toute autre origine et le seul examen clinique ne permet pas en général de la reconnaître.

Les auteurs allemands attachent à l'anachlorhydrie ou plutôt à la diminution ou à la suppression complète même de l'acide chlorydrique libre une importance considérable. Les cas publiés sont évidemment troublants, il est curieux de constater de l'anachlorydrie dans une maladie où malgré les exceptions l'augmentation de l'acide chlorydrique est très fréquente.

Nous ne pouvons nous empêcher de rappeler le cas d'Haussmann qui a présenté en 1911 une observation d'une gomme syphilitique de l'estomac traitée par le salvarsan, la tumeur préexistante disparut entièrement en six semaines et l'anachlorhydrie constatée au début du traitement fit place à un chimisme redevenu normal en trois mois.

Dans une de nos observatione (obs. IV), publiée par Timbal de Toulouse, il s'agit cliniquement d'un ulcère, mais le chimisme a montré l'absence d'acide

chlorydrique libre et combiné : c'est d'ailleurs cette particularité qui la fit publier.

Quelque intéressant que soit ce critérium, il faut avouer que trop rares sont encore les cas où le chimisme gastrique a été étudié dans la syphilis. Il nous semble que l'étude pourrait en être reprise d'autant que nous possédons maintenant un nouveau procédé d'investigations si étudié ces derniers temps : l'étude de la sécrétion provoquée par l'histamine. Alors que les travaux publiés à propos du cancer et de l'ulcère, sont déjà nombreux, il n'existe pas à notre connaissance d'étude du chimisme gastrique dans la syphilis de l'estomac après injection de la β imidazolyléthylamine.

CRITÉRIUM RADIOLOGIQUE DE LA SYPHILIS BILOCULAIRE

En présence de l'insuffisance de la clinique et du laboratoire pour dépister la syphilis, la radiologie est-elle susceptible de faire le diagnostic. En un mot, la biloculation syphilitique présente-t-elle un aspect particulier qui la différencie de la biloculation d'origine ulcéreuse ou cancéreuse.

Les recherches que nous avons pratiquées ne nous ont permis de relever chez aucun auteur de signes radiologiques pathognomoniques. Les radiologistes signalent bien la syphilis comme cause possible de biloculation, mais sans fixer les caractères que pourrait présenter l'image.

L'opinion de Collette dans sa thèse résume cette carence de la radiologie que nous sommes obligés de constater. Pour cet auteur, les biloculations d'origine syphilitique n'ont pas de caractère propre. La radioscopie montre donc la biloculation sans permettre d'en présager la nature. Un peu plus loin Collette ajoute qu'en présence d'un estomac biloculaire dont l'aspect clinique ne rentre pas dans le cadre habituel du cancer et de l'ulcère, il faut penser à une

syphilis possible. L'examen complet du malade s'impose donc.

Malheureusement, aucune des observations que nous rapportons plus loin ne nous renseigne davantage. Les comptes rendus radiologiques constatent simplement la biloculation, c'est l'examen complet du malade, l'évolution, qui ont permis de faire le diagnostic étiologique.

Nous devons nous ranger à l'opinion de Collette et affirmer avec lui que le radiologiste ne pouvant que soupçonner la syphilis, doit laisser au clinicien le soin d'en démontrer le rôle.

Si la radiographie ne permet pas de faire le diagnostic étiologique, elle donne le moyen de suivre l'évolution locale de la maladie et de faire le partage entre l'élément spasmodique et l'élément pariétal organique qui concourt à déformer l'estomac.

Il est en effet probable que dans de nombreux cas à l'élément organique se surajoute un spasme qui contribue à renforcer l'étranglement des parois gastriques. Cet élément spasmodique est manifestement influencé par le traitement spécifique (obs. VII et VI). Il explique en partie la rapidité relative de la guérison obtenue dans certains cas (obs. II). Cette action anti-spasmodique fait comprendre, pensons-nous, par quel mécanisme s'obtient souvent si rapidement la sédation des troubles fonctionnels, en particulier des douleurs.

Nous ne demanderons donc pas à la radiologie de nous éclairer plus qu'elle ne le peut. Son rôle plus

modeste consistera à dépister les biloculations que la clinique est le plus souvent incapable de déceler ; avec son aide nous suivrons les progrès locaux qu'obtient la thérapeutique anti-syphilitique.

CRITERIUM ANATOMO-PATHOLOGIQUE DE LA SYPHILIS GASTRIQUE

Du point de vue anatomo-pathologique, la rareté des cas observés de syphilis gastrique explique le petit nombre d'observations tant macroscopiques qu'histologiques.

Cependant, c'est précisément l'étude histologique qui pourrait fournir le plus sérieux appoint dans la contreverse de l'origine syphilitique de nombre de lésions gastriques.

Mais ainsi que nous aurons l'occasion de le revoir, si la clinique est souvent impuissante à fixer le diagnostic étiologique, il en est malheureusement de même de l'étude histologique : c'est qu'en effet les lésions qu'on observe fréquemment alors même qu'on a pu penser cliniquement à leur origine syphilitique, ne présentent dans leur aspect rien qui permette d'affirmer à coup sûr cette origine.

Les lésions que crée la syphilis, surtout dans les formes scléreuses, sont souvent d'une interprétation très difficile parce qu'elle n'offrent pas d'aspect suffisamment spécifique, et on ne pourrait les affirmer comme telles que si l'on mettait le tréponème en évidence.

A notre connaissance, M. Nee est le seul qui ait

trouvé le spirochète et si l'on en juge par les microphotographies jointes à son observation, il semble bien qu'il s'agisse du tréponème pâle.

A l'opposé, il est des cas, et ceci n'est pas particulier à l'estomac mais absolument banal, où les lésions histologiques constituées par de la sclérose, de la vascularite, une infiltration plasmo-lymphocytaire simulent assez bien la syphilis et cependant reconnaissent une toute autre origine : stade chronique de lésions inflammatoires banales.

Aussi le problème est-il souvent difficilement soluble lorsque n'existent pas de lésions dûment spécifiques, ce n'est pas à dire que celles-ci ne puissent se trouver réalisées dans certains cas et ce sont les seuls à vrai dire où l'on puisse parler à coup sûr de syphilis gastrique.

Lorsqu'il s'agit d'ulcérations, celles-ci ont quelquefois un aspect un peu particulier qui les différencie tout de même de l'ulcère simple : elles ont un fond dur, lisse, d'aspect lardacé, parfois les bords se présentent sous un aspect de saillies volumineuses ou de replis de la muqueuse mais toujours anormalement durs.

Dans ces cas, l'histologie décèle habituellement la présence en profondeur de débris nécrotiques ayant l'aspect assez homogène de la dégénérescence gommeuse et l'ulcère n'est au fond que la désagrégation d'une gomme superficielle ; on retrouve en profondeur souvent d'autres gommules, causes de soulèvement de la muqueuse des régions adjacentes et que

permettent d'individualiser parfois avec certitude les lésions de panvascularite qui les accompagnent, leurs limites assez nettes, la gangue de sclérose hyaline qui les entourent.

Plus rarement l'ulcération peut n'exister point, les lésions sont plus discrètes, la biloculation est avant tout due à une sclérose qui souvent ne peut pas permettre d'identification certaine si l'histologie ne décèle pas d'autres lésions à signification plus précise, parfois quelques replis de la muqueuse, quelques saillies anormales portant sur plusieurs centimètres feront soupçonner à l'ouverture de l'estomac l'existence de lésions profondes que décélera l'histologie. Il s'agit là de sclérose sans spécificité certaine, mais qui souvent peut avoir une tendance hyaline particulièrement importante, une infiltration gommeuse, petites gommes qui prédominent ou sont uniquement localisées dans la sous-muqueuse, qui s'accompagnent fréquemment de lésions de vascularite et de périvascularite oblitérantes.

Plus volumineuses et abondantes, les gommes, une infiltration lymphoplasmocytaire périvasculaire gagnent la muqueuse expliquant les soulèvements papilliformes et peuvent envahir toute la musculeuse jusqu'à la séreuse.

Dans l'une comme dans l'autre variété, le diagnostic peut s'affirmer avec certitude, mais il ne se présente que bien rarement.

Est-ce à dire que la syphllis se limite à ces cas exceptionnels ? La clinique semble plaider en faveur

d'une participation plus grande lorsqu'il s'agit de lésions ulcéreuses ou sténosantes de l'estomac, mais là il est extrêmement difficile d'avoir un critérium anatomo-pathologique satisfaisant. On voit fréquemment des ulcères localisés, superficiels, dont le fond est particulièrement dur scléreux à la coupe, épais, accompagné de lésions de périgastrite qui coexistent à côté de lésions scléreuses d'apparence cicatricielle.

Certains auteurs (Haussmann) pensent que ce type répond au type évolutif de la syphilis tel qu'on l'observe en pathologie générale, mais ce genre de lésions si fréquent ne peut être qu'hypothétiquement rapporté à la syphilis car l'histologie n'apprend pas grand chose, il est exceptionnel de rencontrer des lésions spécifiques.

Dans un cas de Orth, il existait cependant dans la sous-muqueuse des lésions d'endartérite et une infiltration plasmocytaire, mais outre qu'il s'agit d'un cas exceptionnel qui n'autorise en rien les déductions précises, nous avons vu que ces lésions histologiques n'étaient nullement particulières à l'infection tréponémique. A plus forte raison conçoit-on que les scléroses seules, les lésions d'apparence cicatricielle, qui ne s'accompagnent d'aucune dégénérescence gommeuse, d'aucun cortège histopathologique caractéristique, soient d'une interprétation impossible, tout au moins du point de vue anatomo-pathologique. C'est malheureusement le cas le plus fréquent.

En somme, on ne peut rapporter à la syphilis que

les lésions qui sont franchement dégénératives ; lésions où se rencontrent des gommes situées dans la sous-muqueuse avec leurs caractéristiques habituelles, accompagnées de sclérose plus ou moins intense, de lésions vasculaires, d'infiltration nodulaire plasmolymphocytaire. Lorsque manquent ces lésions dégénératives, il est absolument interdit du point de vue histopathologique et en l'absence de contrôle bactériologique de porter le diagnostic de syphilis sur des lésions purement scléreuses ou sur des cicatrices d'ulcères. Parfois même des lésions vasculaires, des lymphoplasmocytes peuvent accompagner des lésions infectieuses chroniques de toute autre étiologie.

COMMENT PEUT-ON FAIRE LE DIAGNOSTIC DE SYPHILIS GASTRIQUE BILOCULAIRE

Il résulte des études précédentes qu'il est impossible à notre sens de découvrir un seul signe pathognomonique de la syphilis gastrique biloculaire.

La clinique, la radiologie, le laboratoire, l'anatomie pathologique même, séparés les uns des autres se déclarent impuissants à nous fournir un critérium absolu.

C'est par leurs convergences seules que les signes fournis par ces différents examens prennent toute leur valeur et permettent de poser le diagnostic.

La co-existence de lésions syphilitiques certaines : de gommes, de leucoplasie buccale, d'aortite, d'une réaction de Wassermann positive ou encore de signes de la série tabétique sera un précieux adjuvant ; mais surtout il nous semble que les résultats thérapeutiques lorsqu'ils sont favorables, ajoutés au faisceau des présomptions précédentes permettent d'asseoir le diagnostic sur des bases autrement solides et le vieil adage latin : « Naturam morborum curationes ostendunt » s'applique exactement à une maladie dont le traitement a reçu à juste titre, le qualificatif de « spécifique ».

Alors qu'on emploie le traitement qualifié « d'épreuve » pour diagnostiquer maintes affections dans lesquelles la clinique hésite ; nous ne voyons pas pourquoi dans la syphilis gastrique, on dénierait au traitement comme le font les Américains et en particulier Hartwell, ce même pouvoir diagnostique pour s'appuyer plutôt sur des preuves anatomo-pathologiques difficiles à interpréter, dont les bases mêmes sont sujettes à discussion, preuves qui en définitive ne peuvent être toujours recherchées.

Ces résultats bienfaisants du traitement se traduisent par deux ordres de faits : ou bien le résultat clinique seul est atteint : les vomissements, les hémorragies, les douleurs disparaissent, l'appétit revient, l'état général reprend et le malade qui jusqu'alors maigrissait, comme nous le verrons parfois d'une façon impressionnante, voit son poids augmenter de jour en jour.

A côté de ces résultats, dont l'importance pratique est capitale, le traitement spécifique agit aussi localement sur les lésions gastriques et d'ailleurs l'amélioration constatée est due tant à cet effet local qu'aux bienfaits que procure, le plus souvent à l'état général d'un syphilitique, un traitement sérieusement suivi.

Mais il faut remarquer que les effets locaux ne se traduisent que par une modification souvent très lente de l'image radiologique et si, à côté des changements rapides constatés dans l'observation de MM. Loeper et Turpin, dans celle de MM. Beclere

et Bensaude, il est des cas où la biloculation persiste intégrale, les altérations de l'estomac sont alors la preuve que le traitement est intervenu trop tard, que les lésions scléreuses prédominaient. Il s'agit là d'un véritable tissu cicatriciel que rien désormais ne pourra modifier.

L'observation I inédite que nous ont prêtée MM. Leven et Barret en est un exemple : les premiers clichés exécutés avant tout traitement montrent une biloculation typique. On constate de plus une véritable niche de Haudeck. Les signes fonctionnels cèdent en quelques jours et en quelques semaines pour les plus tenaces. L'état général s'améliore avec la même rapidité, la malade qui maigrissait d'une façon impressionnante, reprend immédiatement du poids. Bien que cette amélioration ait persisté depuis deux ans, les clichés exécutés à ce moment montrent la persistance complète de l'étranglement gastrique : la sténose est aussi serrée, mais par contre la niche a totalement disparu. La radioscopie elle-même ne nous a pas permis de la retrouver, tout au plus n'en reste-t-il plus qu'une amorce à peine visible. Cette malade supporte admirablement une biloculation de l'estomac que rien ne révèle plus cliniquement, ce qui nous montre la valeur toute relative des signes qu'il est classique d'assigner aux estomacs biloculaires.

En résumé, on pourrait dire en exagérant volontairement que dans la syphilis gastrique biloculaire l'examen de l'estomac n'est rien, que la radio seule

permet de diagnostiquer la bi oculation et que la syphilis n'est seulement dépistée que par l'observation de signes concomitants, par le contexte, et qu'au diagnostic qui n'est encore qu'une hypothèse à laquelle manque la vérification, le traitement presque toujours favorable et parfois merveilleux vient apporter l'appui de sa sanction expérimentale.

RÉSUMÉ DE L'ENSEMBLE DES SIGNES QUI ONT PERMIS LE DIAGNOSTIC DANS LES OBSERVATIONS QUI SUIVENT

Si l'on examine l'ensemble des observations que nous rapportons, il faut constater, ainsi que les préliminaires nous l'avaient fait entrevoir, que dans aucun des cas on ne peut trouver un signe pathognomonique qui permette d'affirmer le diagnostic de syphilis.

Dans l'observation I (Leven et Barret), nous nous basons non pas sur l'examen clinique pur qui ne nous montre que des troubles banaux et des troubles généraux sans significations précises. L'interrogatoire n'a permis de relever aucun signe de syphilis et c'est après l'inefficacité totale du traitement ordinaire de l'ulcus que la réaction de Wassermann fut pratiquée chez la malade, ainsi que chez son mari. Le résultat positif a permis de tenter le traitement qui a donné de si merveilleux résultats qu'il est impossible de nier la spécificité des lésions gastriques. Evolution d'une paralysie générale ultérieure chez le mari.

Dans l'observation II (Lœper et Turpin), là non plus, rien dans l'examen des troubles gastriques n'a mis sur la voie de l'étiologie et ce sont, si l'on peut

dire, les à-côtés qui ont permis de faire le diagnostic : une réaction de Wassermann positive, une glossite superficielle scléreuse, de l'aortite. Les résultats du traitement sont venus renforcer singulièrement le diagnostic.

Dans l'observation III (Leven et Barret) on peut dire que c'est malgré l'examen complet que le traitement spécifique fut essayé. Il réussit.

Dans l'observation IV (Timbal) l'auteur s'appuie sur les antécédents syphilitiques avoués et sur une réaction de Wassermann positive. Evolution d'un tabès ultérieur.

Dans l'observation V (Béclère et Bensaude), le diagnostic fut posé par la connaissance d'une syphilis ancienne que le traitement insuffisant n'a pas empêché d'évoluer et qui a extériorisé son évolution invisible par deux épisodes manifestes : une gomme de la jambe gauche d'abord et ultérieurement par les troubles gastriques ; les résultats du traitement spécifique confirment le diagnostic. Résultats à ce point si complets que le malade écrit lui-même à ses médecins pour leur en faire part.

Dans l'observation VI (Galliard et Mendelssohn) un malade souffre depuis quatre ans de troubles gastriques graves aboutissant à la cachexie. Les auteurs essaient le traitement spécifique. En dix jours, les douleurs cessent, en six mois le malade a repris 7 kilogrammes ; comment nier, malgré l'absence de tous signes de syphilis, que le tréponème soit en cause.

Dans l'observation VII (Lenoir et Coffin), par l'existence d'une réaction de Wassermann positive, d'une sténose concomitante du côlon favorablement modifiée par le traitement, enfin par évolution d'une sclérose pulmonaire on est conduit au diagnostic. L'examen des pièces montre que la muqueuse de l'estomac était soulevée par des petits nodules de consistance très dure, mais l'examen histologique n'a montré que des lésions d'ulcus avec de la périartérite.

Il s'agit vraiment bien là d'un cas où malgré le désaccord au moins partiel de la clinique et de l'anatomie pathologique, nous accordons une plus grande valeur à la réussite du traitement malgré l'absence des lésions gommeuses. Le tréponème a été recherchée, mais les auteurs n'ont mis en évidence que des spirochètes qui n'étaient pas des tréponèmes.

Dans l'observation VIII (Enriquez *in* Collette), l'examen gastrique ne met nullement sur la voie du diagnostic, mais la malade qui dépérit est jeune. La réaction de Wassermann est positive et les effets du traitement spécifique sont tels que le sujet, qui vomissait régulièrement depuis dix-huit mois, se remet au régime normal et qu'en quelques mois son état général est excellent.

Dans l'observation IX (Loeper et Bory), le diagnostic s'appuie sur l'existence d'une réaction de Hecht partiellement positive, et si l'insuffisance du traitement n'a pas permis de juger les résultats,

comme le fait remarquer notre maître, M. Loeper, l'examen histologique des pièces permet de surprendre un véritable processus de guérison histologique.

TRAITEMENT

Nous n'aurons en vue que le traitement médical. Nous avons vu en effet l'importance du critérium thérapeutique et nous pensons qu'il est bien rare qu'une syphilis gastrique vraie résiste au traitement spécifique. D'ailleurs, lorsque le diagnostic de syphilis n'est reconnu qu'à l'opération, dans la plupart des cas rapportés le chirurgien a simplement refermé la paroi ou l'estomac, si celui-ci avait été excisé, et le seul traitement anti-syphilitique a suffi à guérir les malades.

Si tous les auteurs sont d'accord sur la nécessité d'un traitement spécifique intense et longtemps suivi, par contre il y a divergence quant à l'agent thérapeutique employé. L'arsenic, le mercure, l'iodure de potassium, enfin le bismuth, se disputent à l'heure actuelle, la première place pour le traitement de la syphilis gastrique. Etant donné qu'il s'agit de lésions gommeuses ou scléro-gommeuses, c'est-à-dire tertiaires, nous pensons que le mercure et l'iode ne doivent pas être d'emblée écartés, car ils conservent pour de nombreux syphiligraphes un très grand pouvoir thérapeutique à ce stade de la syphilis.

Nos observations montrent que le mercure s'em-

ploie indifféremment soit par voie hypodermique, soit par voie digestive (suppositoires). L'iode est employée soit sous forme d'iodure, soit sous forme de capsules de lipiodol.

Le bismuth paraît avoir réussi sous forme de quiniobismuth. Et d'ailleurs, l'action spécifique maintenant bien connue de ce métalloïde peut expliquer que certaines lésions gastriques guérissent rapidement par l'ingestion de bismuth alors que d'autres résistent beaucoup mieux à cette médication.

Dans une de nos observations, on peut se demander si l'action vaso-dilatatrice bien connue des arsenicaux n'a pas joué un rôle dans l'hémorragie qui est survenue. Ce cas n'est d'ailleurs pas isolé au cours de la syphilis gastrique. Notre maître Lœper, en a rapporté d'autres cas dans son article du *Journal médical français*. Nous pensons donc que l'on peut à juste titre sinon écarter les arsenicaux, du moins s'en servir prudemment dans une affection où les lésions vasculaires sont fréquentes.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (inédite)

(Communiquée par le Dr Leven).

Mme B. O..., âgée de 55 ans.

La malade vient consulter le Dr Leven le 6 février 1924 pour des troubles gastriques et des phénomènes généraux.

Le début remonte au mois de juillet 1923. Auparavant la santé était excellente. Elle a commencé à cette époque à se sentir fatiguée, à avoir des étourdissements, puis apparurent des crises de diarrhée et une sensation de barre épigastrique survenant une demi-heure après les repas, plus marquée dans le décubitus horizontal, allant sans cesse en augmentant : la malade nous dit qu'elle avait la sensation d'être coupée en deux.

Ces crises douloureuses n'étaient accompagnées ni de renvois, ni de vomissements. Ce n'est que vers le mois de janvier que ces derniers apparurent : simples rejets de liquide salé dit la malade, jamais de vomissements alimentaires. Les douleurs allèrent en s'accentuant et duraient environ deux heures. L'amaigrissement fit des progrès de plus en plus rapides, et les six semaines qui précédèrent la visite à l'hôpital, la malade aurait perdu 10 kilos environ. Pas d'hématémèse, pas de melœna.

La malade se présente alors avec un aspect squelettique, le faciès pâle, se soutenant à peine.

L'examen permet de constater :

Une douleur médiane épigastrique à type solaire et également un autre point douloureux à gauche de la ligne médiane ;

Aucune tumeur n'est perceptible à la palpation ;

Pas de péristaltisme anormal ;

Pas de clapotage à jeun ;

Les réflexes sont normaux ;

Pas de troubles de la sensibilité autres que ceux signalés plus haut ;

Pas de signes d'Argyll ;

Aucun signe de spécificité ;

Les poumons sont normaux ainsi que le système cardio-vasculaire.

Un examen radiologique est pratique

La radioscopie faite par M. Barret montre :

Un étranglement du segment moyen de l'estomac provoquant une biloculation permanente ;

Déformations multiples ;

Diverticule apparent sur la partie moyenne de la petite courbure ;

La sténose médio-gastrique est peu serrée et facilement perméable ;

Pylore libre ;

Evacuation facile.

La Radiographie confirme le diagnostic de sténose médio-gastrique.

La malade est mise pendant une semaine au régime restrictif ; elle maigrit encore de 1 kilo.

On pratique alors une réaction de Wassermann chez la malade et chez son mari : les deux résultats sont positifs.

On institue un traitement spécifique au moyen de suppositoires à base de mercure et des capsules de Lipiodol.

Cinq jours après : les douleurs diminuent considérablement, les vomissements disparaissent et peu à peu la malade se rétablit.

26 mars. — Elle a pris 900 grammes.

30 mai. — La malade qui a pris 84 suppositoires a gagné 200 grammes.

10 octobre. — Elle a pris 6 kilos.

30 janvier 1925. — 8 kilos.

1er mai 1925. — La malade a engraissé depuis les premiers jours de 12 kilos : son poids a passé de 36 kilogs à 48 kilogs.

Un nouvel examen a été pratiqué le 9 avril 1924 par M. Barret :

Même constatation : Pas de modifications sensibles dans l'aspect du diverticule, ni dans celui de la sténose médio-gastrique.

Stase à jeun (presque tout le bismuth pris la veille), mais le pylore paraît entièrement libre.

Péristaltisme très affaibli, cause probable du retard de l'évacuation.

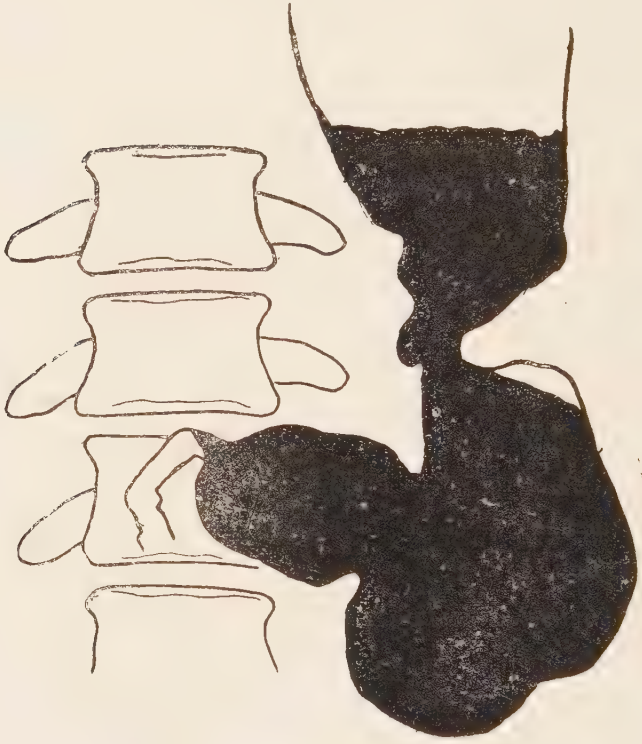
17 octobre 1924. — *Troisième examen.*

La déformation persiste, mais semble avoir diminué d'étendue.

Le défilé médio-gastrique est très facilement franchi ;

Pylore libre ;

Evacuation rapide en position couchée.



Février 1925. — On fait une nouvelle réaction de Wassermann.

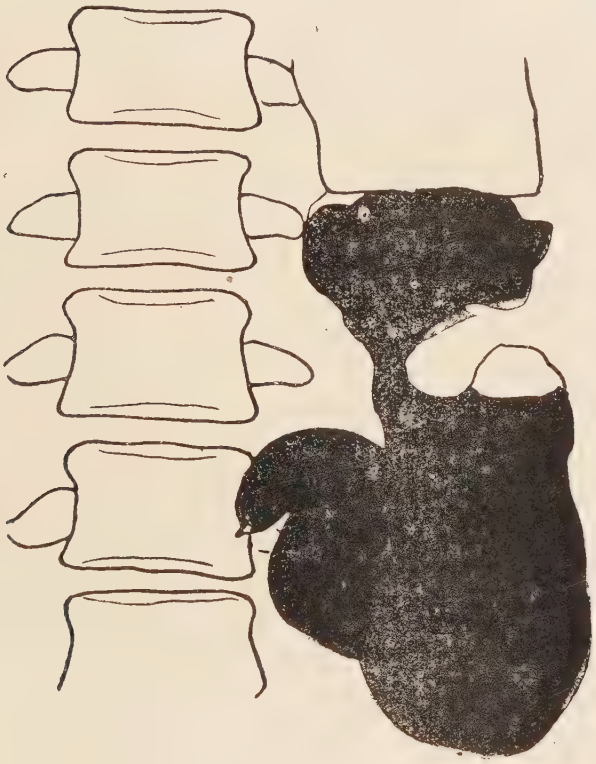
Résultat encore positif: 10 injections bi-hebdomadaires de sulfarsénol.

Juillet 1925. — Nouvelle série de suppositoires (40), 1 par jour.

Nous avons revu la malade le 19 février 1926. Elle nous a

déclaré n'avoir plus souffert depuis le mois de mai 1925, les vomissements n'ont jamais réapparu et la malade se sent parfaitement bien.

Elle suit un régime très large composé de pâtes, de purées,



de laitage, de viandes grillées et des légumes. Elle évite simplement les sauces, les mets épicés, le vin.

L'examen a montré qu'il n'existe plus aucune zone douloureuse, l'abdomen est souple et l'on ne constate à la palpation aucune tumeur. Mais si les réflexes tendineux sont restés normaux aussi bien aux membres supérieurs qu'aux

membres inférieurs, s'il n'existe aucun signe de Romberg, nous avons constaté une abolition du réflexe pupillaire à la lumière du côté gauche et une leucoplasie au niveau de la face interne de la joue droite près de la commissure.

M. Barret a bien voulu nous refaire une nouvelle radiographie, que nous publions ci-contre, qui montre que :

La biloculation a résisté à tous traitements,

La grande courbure est indolore, non mobile,

Le péristaltisme est toujours faible,

Mais en aucune position il n'a été possible à la radioscopie de voir le diverticule qu'avaient montré les examens précédents, tout au plus en devine-t-on l'amorce comme sur la radiographie.

Ajoutons que son mari est mort le 7 mars 1924 à la suite d'accidents délirants avec troubles de la mémoire, de la parole et de l'écriture, perte de l'auto-critique que le médecin traitant n'a pas hésité à mettre sur le compte de la spécificité et que n'a pu enrayer un traitement insuffisant de par la faute du malade. Il s'agit vraisemblablement d'une paralysie générale.

OBSERVATION II (résumée)

(M. Lœper et R. Turpin).

(*Progrès médical*, n° 36, 1924, page 537,

Il s'agit d'un homme de 59 ans venu le 18 octobre 1923 pour troubles dyspeptiques, le malade également porteur d'une glossite superficielle, scléreuse, présente des manifestations d'aortite et une réaction de Bordet positive.

Les troubles gastriques constatés étaient en rapport avec une sténose médiogastrique incomplète qui apparut de façon précise lors d'un premier examen radiologique. On y voyait, indépendamment de l'image classique en sablier, un véritable éperon cylindro-conique se dessinant au niveau de la portion moyenne de la zone canaliculaire intermédiaire aux deux poches. Il était logique d'invoquer chez un tel malade, à l'origine de cette lésion organique de l'estomac, une infection spécifique, en même temps une responsable de la glossite et de l'aortite concomitante et un traitement quinio-bismuthique fut institué.

Cette médication détermina une amélioration fonctionnelle immédiate et une guérison anatomique rapide. En même temps que s'atténuaient les manifestations douloureuses et spasmodiques, les radiographies prises en séries permettaient de suivre la régression progressive de la sténose. Sur une radiographie prise un mois plus tard, toute trace de sténose avait disparu, l'estomac est de type orthotonique et une contraction apparaît au niveau de la portion verticale de la petite courbure.

Un nouvel examen radiologique pratiqué le 14 janvier 1924 nous montre que l'amélioration se maintient et que l'estomac légèrement hyperkinétique est normal alors que l'opacité irrégulière de l'aortite persiste.

OBSERVATION III (résumée)

G. Leven et G. Barret

(*Bull. et mem. de la Société médicale des Hôpitaux*, Séance du 25 février 1910).

Syphilis gastrique grave, estomac biloculaire, guérison par le traitement mercuriel et iodé

Le 6 novembre 1909, la malade âgée de 40 ans vient consulter pour un amaigrissement considérable, des douleurs gastriques très vives, des vomissements incessants ayant débuté il y a six mois.

La malade présente un *aspect lamentable*, anémie extrême et donne l'impression d'être atteinte de cancer ou d'ulcères gastriques.

L'examen radiologique montre :

Estomac biloculaire avec rétrécissement très serré sur une longueur de 4 à 5 centimètres commençant à 10 centimètres du cardia.

La malade est mise au lit, au régime lacté et absolu (1 litre 1/2 par 24 heures) et elle prend du sous-nitrate de bismuth à faibles doses toutes les heures et demie.

Les vomissements cessèrent bientôt, les douleurs solaires médianes disparurent, mais l'amaigrissement continua, l'anémie ne se modifia pas, les douleurs localisées au point sténosé persistèrent intenses non modifiées, essentiellement nocturnes et indépendantes de l'heure des repas malgré un mois de ce traitement sévère.

Une intervention s'imposait, mais auparavant et malgré l'absence de tout signe de syphilis, on institua un traitement spécifique : 0 gr. 02 de biiodure de mercure en injections et 3 grammes d'iodure de potassium.

Le malade reçut 19 injections et 90 grammes d'iodure de potassium :

Les douleurs au point sténosé diminuèrent rapidement et disparurent pour ne plus revenir. La malade qui avait perdu 3 kilogrammes du 11 novembre au 6 décembre, repris 3 kilogrammes du 6 décembre au 3 janvier. L'anémie s'améliora rapidement.

Un nouvel examen radiologique fut pratiqué qui montra :

Que la sténose persistait mais infiniment moins serrée, les parois à ce niveau devenues beaucoup plus souples, le bismuth les franchissait et s'étalait beaucoup plus largement.

OBSERVATION IV

(Louis Timbal, *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition,* 1918, t. IX, p. 625.)

Le chimisme paradoxal dans l'ulcère d'estomac

Il s'agit d'une malade qui vient, au mois du juillet pour des douleurs gastriques datant de un an avec crises paroxystiques durant une quinzaine de jours, et laissant entre elles des périodes ou la malade se plaint simplement de douleurs moins marquées et d'un état nauséeux. L'examen montre un point douloureux épigastrique, un estomac un peu dilaté, une fois légèrement augmenté de volume. A jeun

il n'existe pas de stase. Après le repas d'épreuve d'Ewald, l'examen du suc gastrique montre qu'il n'existe pas d'acide chlorydrique libre ni combiné. L'acidité totale est de 1,54. Les jours suivants, la malade fait deux hématémèses peu abondantes accompagnées de douleurs très violentes qui nécessitent la morphine.

Parmi les antécédents : syphilis avouée datant de six ans. la réaction de Wassermann est nettement positive. On pratique alors deux injections de novar et une série de mercure, traitement à base de bismuth par voie buccale. Cessation complète des crises douloureuses pendant quatre mois au cours desquels la malade engraisse de 5 kilos. Le 3 novembre suivant, la malade revient avec des signes indiscutables de la série tabétique : Argyll-Robertson, abolition des réflexes rotuliens, plaque d'anesthésie. La radiographie est alors pratiquée, elle montre *l'estomac dilaté dépassant la crête iliaque de trois travers de doigt. Il existe un point très douloureux sur la petite courbure correspondant à un spasme au niveau de la grande courbure. L'aspect est celui d'un estomac biloculaire avec spasmes médiogastriques.* Les crises gastriques disparaissent, mais le tabès continue à évolue. L'auteur achève en attribuant à une ulcération syphilitique ces troubles gastriques. Pour lui les hématémèses et l'image radiologique éliminent les crises tabétiques. Ajoutons que les résultats du traitement, qui ne paraît pas avoir été très intense, sont également en sa faveur : il est impuissant à enrayer l'évolution du tabès, mais ayant calmé les phénomènes gastriques, semble avoir eu une action indiscutable sur les lésions de l'estomac : cessation complète des dou-

leurs, plus d'hématémèses, enfin augmentation du poids.

Nous ne pouvons savoir si le traitement a eu également une influence sur l'aspect radiologique de l'estomac l'observation n'en parlant pas, et d'ailleurs il n'a été fait aucun autre examen aux rayons X.

OBSERVATION V (Résumée)

(*Beclere et Bensaude : Bull. et Mém. de la Société médicale des Hopitaux* séance du 19 mai 1911.)

Un cas de syphilis gastrique, estomac biloculaire, troubles graves de la nutrition simulant un néoplasme, retour à la santé par le traitement spécifique ; contrôle radiologique.

Il s'agit d'un homme de 54 ans qui vient consulter le 30 novembre 1909. Antécédents : 3 enfants bien portants.

En 1876. — Chancre à la verge suivi bientôt de roséole.

En 1877. — Plaques muqueuses buccales.

Le malade suit les cinq premières années un traitement par la voie interne d'iodure de potassium et de bichlorure de mercure soit associés, soit alternés.

En 1887. — Gomme de la jambe gauche ayant laissé une cicatrice encore visible.

En 1889. — Il eut une grippe violente avec manifestations douloureuses dans les mollets qui furent attribuées à la syphilis. On appliqua un emplâtre mercuriel, les douleurs disparurent.

En 1898. — A la suite d'un surmenage apparurent les premiers symptômes gastriques consistant en douleurs et en brûlures.

En 1902. — Les douleurs augmentent, il n'y a pas de vomissements, le malade maigrit de 25 kilos : son poids tombe à 55 kilos.

A ce moment, on porte le diagnostic d'ulcère de l'estomac.

On institue un traitement banal et après trois mois le malade est remis.

En 1903. — Reprise par crises des mêmes troubles gastriques et ainsi jusqu'en 1908 le malade passe par des alternatives de santé et de crises douloureuses.

A cette époque, l'état s'aggrave, apparaît la fatigue, les douleurs résistent au régime le plus sévère et surviennent lorsque le malade s'alimente.

Examen (novembre 1909) :

Le sujet présente un aspect cancéreux, il se plaint de douleurs et de brûlures après les repas. L'examen de l'épi-

gastre est entièrement négatif. On ne perçoit aucune tumeur, tout au plus apparaissent quelques contractions péristaltiques. La langue est saburrale. Depuis longtemps le malade a perdu ses dents. Il y a constipation, pas de vomissements, pas d'hématémèse, pas de melœna. Le foie, la rate, le cœur, les poumons paraissent normaux. Pas de sucre ni d'albumine dans les urines. Le tubage à jeun permet de retirer 70 centimètres cubes de liquide sans débris alimentaires avec quelques hématies, des globules blancs et des cellules épithéliales nombreux

Le chimisme indique une hypo-acidité portant sur l'acidité totale et d'acide chlorhydrique libre.

L'insufflation montre deux ballons séparés par une dépression médiane, leur limite inférieure est à même hauteur à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Les auteurs insistent en passant sur l'opposition qui existe sur ce dernier point entre les résultats fournis par l'insufflation et l'examen radiologique.

Ce dernier est pratiqué le 3 décembre par M. Beclere ;

La radioscopie montre une poche stomacale en soucoupe siégeant sous les fausses côtes gauches. En effet, la poche inférieure n'étant pas remplie par le bismuth n'a pas été vue à ce moment.

La radiographie au contraire montre l'aspect biloculé de l'estomac. Celui-ci «est manifestement formé de deux poches la poche supérieure en forme de large soucoupe horizontale et la poche inférieure en forme de longue éprouvette presque verticale. Les deux poches étant pour ainsi dire placées de part et d'autre d'un éperon très aigu, il n'est pas possible de décider s'il s'agit d'une biloculation organique

ou d'une biloculation fonctionnelle spasmodique ». Suivent les détails de radiologie ayant trait à la poche à air, au fonctionnement du diaphragme, au transit du bismuth .

Jusqu'à la fin de janvier 1910, c'est-à-dire durant plus d'un mois et demi, le malade est soumis au repos, alimenté au tubogavage : poudre de viande, œufs et lait.

Amélioration les quinze premiers jours, puis rechute.

Les médecins en janvier décident l'intervention et proposent au préalable d'essayer le traitement antisyphilitique.

A partir du 28 janvier 1910, le malade reçoit du bi iodure de mercure en injections intra-musculaires.

Après quelques injections le bénéfice est tel que le malade envoie une dépêche pour en avertir ses médecins. Les digestions sont devenues faciles, les renvois, les douleurs les nausées ont disparus.

En deux jours, il prend 500 grammes

En cinq jours, il prend 1 kilo.

En huit jours, il prend 1 kgr. 500.

En quinze jours, il prend 2 kgr. 500

En un mois, il a pris 4 kilos.

Jusqu'en août suivant, il subit alternativement un traitement à l'iodure de potassium et au mercure.

A cette époque le traitement est suspendu.

En mars 1911, c'est-à-dire un peu plus d'un an après qu'on fut sur le point d'intervenir, le malade pesait 73 kilos. Il mange et digère tout il ne présente d'intolérance que pour le vin.

Les radiographies successives ont été pratiquées et montrent que peu à peu l'estomac tend à se rapprocher du

type normal, que la communication entre les deux poches devient de plus en plus facile, cependant il persiste toujours des traces d'une sorte de biloculation.

OBSERVATION VI (Résumé)

(Galliard et Mendelssohn, *Bull. et Mém. de la Société médicale des Hôpitaux*, séance du 16 mai 1919.)

Un cas de syphilis gastrique

Il s'agit d'un homme de 54 ans qui eut à l'âge de 22 ans un chancre de la verge, des plaques muqueuses à la bouche et à la langue et qui subit pendant trois ans un traitement par des pilules.

Octobre 1915. — Il commença à souffrir de crises gastriques douloureuses fréquentes, variables dans leur horaire et leur durée; pas de vomissements, pas d'hématémèses.

Il fut mis au traitement banal : régime, bismuth par la voie buccale.

Le résultat fut absolument nul.

Novembre 1915. — Une radiographie fut faite par M. Maingot (l'estomac prend la forme d'un « J » large et long dont le point déclive tombe à 4 centimètres au-dessus de la symphyse pubienne. Les courbures sont souples, régulières, on ne voit ni lacunes ni difformités, l'évacuation pylorique commence dès l'injestion de bismuth, elle est entretenue par des contractions fortes et rapides. Le pylore et le duodénum paraissent normaux.

Commencement de décembre. — On recherche enfin le sang dans les selles. La réaction de Wassermann est négatives, cependant apparaît de l'onyxis des orteils, probablement syphilitique.

Les trois années qui suivent : Traitement banal.

Les douleurs ne cessent pas, la perte de poids est de 10 kilos.

A la fin de 1918 le malade pèse 58 kilogrammes pour une taille de 1 m. 80 et disent les auteurs son état est voisin de la cachexie.

Examiné en 1919 pour la première fois par les auteurs, le malade se plaint de crises gastriques douloureuses très fréquentes et de diarrhée, de pyrosis après les repas, de points douloureux au niveau de la région pylorique et de la grande courbure. La palpation ne montre aucune tumeur. Quelques sillons sur la langue qui est fendillée au niveau de laquelle le malade accuse souvent une cuisson pénible. Pas de leucoplasie, pas de signes de tabès, rien au cœur ni aux artères, les urines sont normales.

La réaction de Wassermann, qui avait été pratiquée une deuxième fois en mai 1918, avait été négative.

Malgré cela, les auteurs pensent à la syphilis et instituent un traitement au benzoate de mercure, 0 gr. 01 par jour en injections intra-musculaires.

A la même époque, un examen radiologique est pratiqué par M. Haret:

Examen à jeun : On constate d'abord l'absence de liquide résiduel. Le patient ayant absorbé un lait de bismuth de 250 grammes, l'image obtenue est celle d'un estomac de 17 centimètres de haut, *presque biloculaire*, au niveau de la partie rétrécie à gauche le contour est flou. C'est là

que la pression provoque une légère douleur. Le sujet étant invité à faire gros ventre et ventre creux, on voit le fond remonter de plusieurs centimètres : il n'y a donc pas d'adhérence gastrique et les contractions péristaltiques s'observent vers la partie inférieure de la grande courbure. L'orifice pylorique semble fonctionner normalement.

26 janvier 1919. — Les injections sont portées à 0,02 de benzoate de mercure par jour.

A partir de la dixième injection : douleurs et diarrhée disparaissent.

Après la onzième injection : repos de six jours. Le malade a repris 1 kilogramme.

Après la dix-huitième injection : le traitement est suspendu à la demande du malade qui se plaint de douleurs provoquées par la thérapeutique.

20 février. — Le Wassermann est encore négatif.

Nouvel examen radiologique :

« Le malade est examiné à jeun après ingestion d'un lait de bismuth de 250 grammes. L'estomac présente une forme à peu près normale. Lorsqu'on invite le sujet à faire le ventre creux, on n'obtient plus la pseudobiloculation constatée lors d'un premier examen, on ne voit plus les deux poches séparées par un canal inextensible en largeur, au contraire le liquide en remontant du fond de l'estomac provoque la dilatation de la partie supérieure sans que rien ne s'oppose à cette dilatation ».

A la fin février : la santé persiste, le malade a gagné 4 kilogrammes.

Deux mois après : reprise du traitement (cyanure intraveineux très bien supporté).

En mai : le malade a pris depuis le traitement 7 kilogrammes.

OBSERVATION VII (inédite)

Communiquée par MM. le Dr Lenoir et M. Coffin

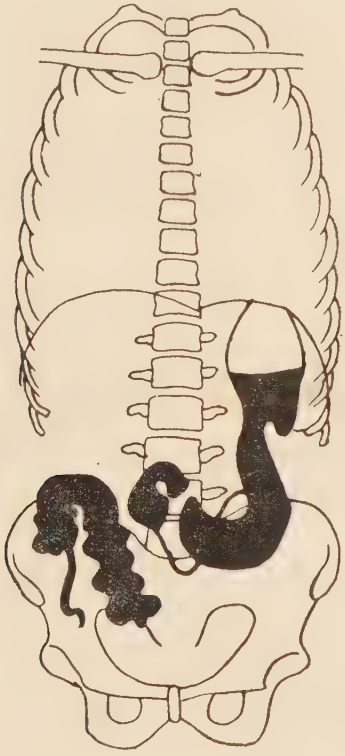
Mme P... entre dans le service du Dr Le Noir le 6 octobre 1924 pour des phénomènes d'obstruction intestinale.

L'affection semble avoir débuté brusquement en novembre 1923 : la malade aurait alors présenté des douleurs violentes, siégeant à l'épigastre et irradiant dans tout l'abdomen ; elle eut des vomissements, mais ni hématémèse, ni melœna. Elle fut hospitalisée à ce moment, la crise douloureuse dura une dizaine de jours. Une radioscopie aurait été négative.

Cependant, la malade ne recouvre pas son état de santé antérieur. Elle accuse des douleurs qui surviennent dans la matinée, d'autres plus fréquentes apparaissent vers 11 heures du soir. Ce sont des douleurs péri-ombilicales s'accompagnant de borborygmes ; elles sont vives et durent presque toute la nuit. Les vomissements sont rares et alimentaires, mais les nausées assez fréquentes ; les selles sont régulières.

En outre, on relève dans les commémoratifs une congestion pulmonaire en 1907 ; depuis, la malade a présenté des poussées bronchitiques fréquentes et est toujours restée dyspnéique.

Au moment où elle entre à l'hôpital, la malade accuse des douleurs très vives, épigastriques, continues avec des paroxysmes. Elle n'a pas eu de selles depuis huit jours, mais émet des gaz ; elle a vomi les jours précédents.



C'est une malade petite, maigre, dyspnéique et présentant un certain degré de cyanose de la face.

L'abdomen est peu tympanisé et présente une légère circulation veineuse collatérale sur les flancs.

On constate une défense musculaire généralisée, mais prédominant à droite. Il y a deux points douloureux très nets : l'un à l'épigastre et l'autre dans la fosse iliaque droite.

A ce niveau on sent, derrière les muscles contractés, une masse assez dure mais difficile à limiter.

Il n'y a pas de matité dans les flancs ; pas de flot, ni de clapotage. On ne voit pas de contractions péristaltiques.

Le foie est plutôt petit ; la rate normale.

L'examen des poumons montre une légère submatité et des deux côtés, une inspiration rude et une expiration très prolongée. On entend quelques gros râles sibilants disséminés ; il y a de la bronchophonie.

L'examen du cœur révèle l'existence d'un souffle systolique de la base.

Les réflexes tendineux sont normaux ; il n'y a pas de signe d'Argyll Robertson.

Une Radioscopie (schéma ci-joint), pratiqué en juin 1924, avait montré :

Une biloculation de l'estomac : une encoche de la grande courbure avec, en face, de la rigidité de la petite courbure et une niche.

Une évacuation lente du contenu gastrique.

Un bulbe duodénal normal.

Mais une dilatation globuleuse de la deuxième portion du duodénum, une dilatation sus-stricturale car on remarquait une atrésie duodénale sous-jacente.

Un second examen après repas opaque avait montré :

Un transit gastro grêle normal.

Mais un cæcum fixé en haut de la fosse iliaque, cæcum coudé, déchiqueté et irrégulier.

On remarquait un résidu duodénal dans le segment proximal de la deuxième portion, huit heures après l'ingestion de bouillie opaque.

Enfin, on relevait des lésions parenchymateuses du sommet droit, avec déviation trachéale de ce côté.

La malade présentant des phénomènes d'obstruction intestinale, on lui fait des injections d'atropine; non seulement les douleurs sont moins vives, mais le tympanisme diminue et les émissions de gaz sont plus nombreuses. Le 9 octobre, la malade a une selle copieuse; on y recherche la présence de sang, la réaction de Rolland y est négative.

L'examen direct des crachats avait été également pratiqué; ils ne contenaient pas de bacilles de Koch.

Le taux de l'urée sanguine était de 0 gr. 25.

On pratique également à cette date un tubage gastrique, qui permet de constater l'absence de résidu alimentaire à jeun. Après repas d'épreuve, on retire un suc gastrique ou les réactions de Gunzburg et de Berg sont négatives; l'acidité totale est de 0,90.

Mais il ne s'agissait que d'une courte accalmie; les douleurs reparaissent très vives; la constipation est absolue; cependant la malade émet encore quelques gaz.

Des injections répétées d'atropine ne provoquent qu'une légère cessation des troubles, et on se dispose à passer la malade dans un service de chirurgie, lorsqu'on apprend les résultats d'une réaction de Wassermann que l'on a fait pratiquer dans le sang : le Ronchèse est positif et le Calmette partiellement positif.

On décide de surseoir à une intervention et on pratique aussitôt, le 24 novembre, une injection intraveineuse de 10 centigrammes de novarsénobenzol. De nouvelles injections sont pratiquées tous les trois jours et régulièrement progressives : 10, 15, 20, 30, 40, 60 centigrammes.

A ce moment, il y a une amélioration incontestable ; bien que les injections d'atropine aient été complètement supprimées depuis un certain temps, les douleurs abdominales ont complètement disparu ; les selles sont régulières ; il n'y a plus de défense de l'abdomen ; on ne constate plus de point douloureux. La dyspnée est moins marquée, mais on relève les mêmes signes stéthacoustiques et l'expectoration est toujours assez abondante. Il y a une amélioration marquée de l'état général, le poids de la malade ayant augmenté de 5 kgr. 300 depuis le début du traitement novarsénical.

L'amélioration persiste et on fait, le 19 novembre, une nouvelle injection de 60 centigrammes de novar.

Mais le lendemain, la malade est très dyspnéique ; l'expectoration est plus abondante, muco-purulente ; on constate l'existence de râles sonores disséminés dans les deux poumons ; on pratique une médication symptomatique et on suspend le traitement spécifique.

Les signes pulmonaires vont en augmentant, la température monte brusquement à 39°2 le 24 novembre. Elle s'y maintient le lendemain, et dépasse 40 degrés le surlendemain.

La malade accuse alors un point de côté douloureux dans le dos, au niveau de la scissure interlobaire droite. On constate une matité de tout le lobe supérieur droit et, au niveau de l'interbole, l'existence d'un souffle tubaire très intense, accompagné de râles bulleux gros. L'expectoration est abondante, atteignant un volume de 170 centimètres cubes par vingt-quatre heures, taux auquel elle se maintiendra les jours suivants. C'est une expectoration muco-purulente qui se dispose en deux couches : la supérieure grumeleuse et l'inférieure séreuse ; elle ne contient pas de bacilles de Koch.

Les urines sont albumineuses, contiennent de l'urobiline, des pigments et des sels biliaires.

Les jours suivants le souffle tubaire conserve la même intensité ; il est entouré de râles bulleux gros et, au niveau de l'interlobe droit, on constate aussi de la bronchophonie et de la pectoriloquie aphone. Mais à partir du 1er décembre, on entend en outre des bulleux gros disséminés dans les deux poumons ; la température oscille autour de 38 degrés ; l'expectoration, encore plus abondante, atteint 200 centimètres cubes par jour.

Le 11 décembre, la malade se plaint de nouveau de son abdomen qui est contracturé. La malade est fatiguée, abattue, très dyspnéique, passant les nuits assise dans son lit. La température remonte et dépasse 39 degrés ; on pratique alors une sérothérapie anti-pneumococcique et en trente-six heures la température tombe à 37°2. Cependant les signes pulmonaires restent les mêmes : au niveau de l'interlobe droit le souffle tubaire, quoique moins intense, persiste, entouré de râles bulleux ; et on entend aussi à gauche des râles sur toute la hauteur ; on constate même, de ce côté, l'apparition d'un souffle tubaire au niveau du tiers moyen. L'expectoration atteint 250 centimètres cubes, présentant toujours les mêmes caractères.

La température étant dès lors voisine de la normale, on n'injecte plus à la malade que de très faibles doses de sérum antipneumococcique. Mais bientôt la température dépasse encore 39 degrés ; on reprend les doses quotidiennes de 20 centimètres cubes de sérum et en trente-six heures la fièvre tombe. Mais la malade reste très dyspnéique et cyanosée ; les signes objectifs et l'expectoration ne sont pas modifiés.

Malgré l'état grave de la malade, on peut pratiquer le 27 décembre une *radioscopie du thorax*, on constate :

Un gros foyer occupant la partie moyenne du lobe supérieur du poumon droit et sus-jacent à l'interlobe.

Dans les deux tiers inférieurs du poumon droit et sur toute la hauteur du poumon gauche,il y a des lésions parenchymateuses diffuses.

L'aorte est normale.

Le cœur n'est pas dilaté.

Dans la nuit du 28 au 29 décembre, la malade présente un mélœna et succombe en quelques heures.

Autopsie

Thorax

Poumons. — Adhérences très nombreuses des deux poumons à la paroi thoracique, particulièrement à droite. Le sommet du poumon de ce côté ne peut être qu'imparfaitement décollé.

On détruit plus facilement les adhérences au médiastin, au péricarde et au diaphragme.

Poumon gauche. — Lésions diffuses de broncho-pneumonie. Dans le lobe supérieur quelques petites cavernules non entourées de tissu fibreux ; pas de dilatation des bronches. Un liquide d'œdème s'étale à la coupe ; la pression fait sourdre du pus des bronches.

Poumon droit. — Lésions plus marquées. Symphyse complète de l'interlobe. Foyers grisâtres de broncho-pneumonie, plus nombreux dans les deux lobes supérieurs ou quelques-uns sont même confluents. Plusieurs cavernules dans

le lobe supérieur, creusées dans un tissu souple ; la plus grosse, de la dimension d'une aveline, siège à deux travers de doigts au-dessus de l'interlobe et est directement sous-jacente à la plèvre de la grande cavité. Les bronches sont épaissies, sans présenter d'ectasies nettes.

Cœur. — Péricarde : 150 grammes de liquide citrin ; pas de fausses membranes.

Cœur gauche. — Petites plaques blanchâtres, de consistance cartilagineuse sur la portion initiale de l'aorte et à la base des valvules sigmoïdes.

Cœur droit. — Normal.

Abdomen

Présence abondante de sang dans l'estomac et l'intestin. Pas d'épanchement péritonéal.

Estomac. — Biloculation très marquée. Gros ganglions sur les deux courbures. Adhérences considérables au foie en haut, au pancréas en bas.

A l'ouverture :

Sur la petite courbure, ulcus calleux avec diverticule.

Sur la grande courbure, ou plutôt sur la face postérieure, un ulcus de la dimension d'une pièce de cinq francs ; il est perforé et a ulcéré le pancréas ; ses bords sont calleux, mais il est rempli de sang et peut être considéré comme responsable de l'hémorragie.

Toute la muqueuse gastrique présente de nombreuses petites saillies de consistance très dure ; elles sont de la dimension d'un grain de blé et prédominent à la partie moyenne de l'estomac, entre les deux ulcères.

Duodénum. — Légère dilatation du bulbe, pas de sténose sous-jacente.

Côlon ascendant. — Rétréci à sa partie moyenne et présentant des granulations analogues à celles observées sur la muqueuse gastrique. Le point où les lésions sont les plus nettes se trouve à 10 centimètres cubes au-dessus de la valvule iléo-cæcale. Cependant le côlon a conservé sa souplesse et se laisse distendre. Il n'y a ni ulcération, ni adhérences.

Foie. — Poids normal, aspect muscade.

Rate, reins, utérus. — Normaux.

Examens histologiques

Poumons. — Broncho-pneumonie et sclérose. Ni cellules géantes, ni bacilles de Koch.

Estomac. — Lésions ordinaires à l'ulcus ; lésions habituelles de péri-artérite. Après imprégnation au nitrate d'argent, on voit de gros spirilles, mais pas de spirochètes.

Côlon. — Structure paraît normale.

OBSERVATION VIII

(Enriquez, in Thèse Collette. Paris, 1913-1914.)

Mlle H. B..., âgée de 18 ans, vient consulter au mois de novembre 1910 pour des troubles gastriques.

Depuis dix-huit mois, elle vomit régulièrement tous ses aliments un quart d'heure après leur absorption. La malade ne souffre pas en dehors des repas, les vomissements sont précédés de quelques nausées, jamais d'hématémèses, ni de

mœlena. Par contre, la malade, qui depuis quelques semaines ne peut supporter que du képhir, présente un amaigrissement considérable et très rapide.

12 novembre. — Un examen radioscopique montre qu'on se trouve en présence d'un estomac biloculaire très net. Le rétrécissement siège assez près du cardia, il est représenté par une encoche profonde située du côté de la petite courbure.

L'évolution de la maladie, l'amaigrissement rapide, l'âge de la malade, l'absence de douleurs, d'hématémèses firent songer à la possibilité d'une bilobulation d'origine spécifique.

La réaction de Wassermann est positive.

On donne alors à la malade un traitement mercuriel intensif.

Les symptômes cliniques s'améliorent, les vomissements disparaissent. La malade peut reprendre un régime normal, mais comme elle quitte Paris vers le mois de janvier il n'est pas facile de suivre de près les modifications de sa lésion.

Cependant, elle revient consulter au mois de mars. Son état général est très bon et un examen radioscopique pratiqué à cette époque montre que la sténose médio-gastrique est beaucoup moins serrée, il ne subsiste qu'une légère encoche au niveau de la petite courbure.

OBSERVATION IX

(MM. Lœper et Bory, *Journal médical français*, 9 déc. 1922.)

Mme G..., 63 ans, blanchisseuse, entre le 16 février 1922, salle Lisfranc, 15, à l'hôpital Tenon. Elle se plaint de douleurs dans la région épigastrique.

Cette femme, dont le mari est mort après avoir eu de nombreuses hémoptysies, n'a jamais eu d'enfants.

Il y a quatre ans, en portant un lourd paquet de linge, elle

a fait une chute sur le bord d'un trottoir ; il en est résulté une contusion du rebord costal gauche et, trois ou quatre jours après, le rejet sans effort de deux ou trois crachats de sang.

Premiers troubles digestifs en 1919 ; la malade reste deux mois au lit pour douleurs gastriques violentes, suivies de vomissements, après toute ingestion d'aliments ; très améliorés par le traitement, elle n'est reprise d'aucun trouble jusqu'en novembre 1921. A ce moment apparaissent après les repas une sensation de pesanteur, du ballonnement, des éructations acides, puis de véritables brûlures gastriques, précédant des vomissements alimentaires, bientôt à peu près quotidiens. Peu à peu, les brûlures deviennent des douleurs très vives, localisées surtout à gauche de la région épigastrique, irradiant en haut et à gauche du thorax, « vers le cœur », augmentées par la station verticale et par le décubitus latéral droit. Ces douleurs, apparues une demi-heure après le repas, durent un temps variable, jusqu'au moment où se produisent des vomissements qui les soulagent ; vomissements d'abord aqueux, mousseux, très acides puis alimentaires, très abondants, non proportionnés à la quantité d'aliments ingérés ; pas de sang visible. Constipation depuis l'apparition des douleurs ; jamais de selles melæniques. Amaigrissement rapide, cachexie.

L'examen de l'abdomen montre de nombreux nævi disséminés, et une circulation collatérale de la région sous-ombilicale. La palpation révèle une vive sensibilité de l'hypocondre gauche, où se perçoit une masse mobile débordant le rebord costal et correspondant à une zône submate douloureuse à la percussion.

Examen radioscopique le 18 mars 1922. — Estomac biloculaire, dont la déformation ne peut être réduite en remontant l'organe. La poche inférieure descend jusqu'au pubis ; toute la gélobérine s'accumule dans cette poche en moins de deux minutes.

Chimisme voisin de la normale.

Réaction de Bordet-Wassermann. — Hecht nettement positif (variante de Rubinstein + + +) ; procédé classique au sérum chauffé.

Antigène	Desmoulières	H6
—	de foie HS.	H6
—	de cœur.	H7
—	Institut Pasteur.	H8

Un traitement par les injections intraveineuses de cyanure de Hg est institué le 1er avril (une injection était faite seulement tous les deux jours) ; les premières piqûres accentuent les douleurs gastriques qui, à partir du dixième jour, s'atténuent. Le 27 avril, le cyanure est remplacé par du bismuth (trépol) qui est mal supporté.

Les résultats de ce traitement paraissant insuffisants, la malade est envoyée dans un service de chirurgie, où l'on pratique la pylorectomie pour un ulcus de la petite courbure étendu jusqu'au pylore ; de fortes adhérences fixaient l'estomac au pancréas. La malade mourut malheureusement quelques jours après l'opération.

Examen histologique de la biopsie. — Le tissu conjonctif profond situé sous la zône ulcérée est extraordinairement riche en réaction conjonctive, en lymphocytes et surtout en éosinophiles; ces derniers sont groupés surtout autour des culs-de-sac et glandulaires.

Dans le tissu conjonctif sous-péritonéal, on voit d'abondants pinceaux fibreux avec une énorme quantité d'éosinophiles. A la surface de l'ulcération, on trouve des mononucléaires désintégrés. Dans le tissu musculaire, aussi bien que dans le tissu sous-péritonéal, certains *filets nerveux* de faible diamètre sont assaillis et dissociés par du tissu conjonctif jeune. Nombreuses traînées lymphoïdes entre les faisceaux musculaires. En quelques points il existe des amas folliculaires nets et isolés de cellules lymphoïdes.

Les lésions vasculaires paraissent minimes et sans caratères spécifiques ; mais les réactions observées nous paraissent précisément assez remarquables, car elles semblent indiquer un véritable processus de *guérison hislologique* encore inachevé, sous l'influence d'un traitement spécifique probablement insuffisant, comme durée et surtout comme intensité. L'abondance de tissu conjonctif jeune, celle surtout des éosinophiles, l'aspect général de la réaction nous donnent l'impression de surprendre sur les coupes de la réparation d'un tissu gommeux, dont les traînées et les petits amas lymphoïdes folliculaires disséminés en plein tissu convalescent montrent encore des vestiges.

CONCLUSIONS

1° Le diagnostic de biloculation de l'estomac ne peut être fait cliniquement, c'est un diagnostic radiologique;

2° La syphilis biloculaire n'est pas une forme rare de la syphilis gastrique, l'examen clinique, l'examen radiologique, l'anatomie pathologique, ne permettent pas séparément de faire le diagnostic.

Seul l'examen complet du malade, l'évolution, permettent de soupçonner le diagnostic que les résultats favorables du traitement viennent affirmer;

3° A l'élément organique gommeux, scléro-gommeux, s'ajoute un élément spasmodique qui cède le premier au traitement.

La guérison anatomique ne coïncide nullement avec la guérison clinique, cette dernière précédant heureusement toujours celle-là;

4° Les arsenicaux doivent être évités dans le traitement de cette forme de la syphilis, pouvant être l'origine d'hémorragies importantes et parfois mortelles.

Vu : le Président de la thèse
GUILLAIN

Vu : le Doyen
ROGER

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. LAPIE

BIBLIOGRAPHIE

Aubourg (*P.*). — Exploration radiographique de l'estomac (Paris médical, n° 27, p. 15).

Azémar et Lacapère. — Trois cas de syphilis de l'estomac (Paris médical, n° 14, 1919).

Béclère et Bensaude. — Un cas de syphilis gastrique (Soc. Méd des Hôp., 19 mai 1911).

Bensaude et Chilaiditi. — Sténose médiogastrique et duodénale associée. Estomac biloculaire. Dilatation du duodénum (Bull. et Mém. Soc. Med. des Hôp., Paris, XXVII, 756).

Barret et Leven. — Biloculation gastrique par distension gazeuse de l'estomac et du côlon (Bull. et Mém. Soc. Radiologie Méd. de Paris, 111,61, 1911).

Bensaude et Chilaiditi. — Radiologie de l'estomac biloculaire (Bull. méd., radiol., no 1).

Barjon. — Des différentes formes de la biloculation gastrique et de leur diagnostic radiologique (Lyon méd., 30 mars 1913).

Béclère (H). — Biloculation d'emprunt de l'estomac par réplétion gazeuse du côlon et sténose du duodénum (Bull. et Mém. Soc. de Radiologie médicale, V, 93).

Bard (*L.*). — Du diagnostic des tumeurs syphilitiques de l'estomac et de l'intestin (Arch. maladies appareil digestif et nutrition).

Bindo (*V.*). — Contributo allo studio della sifilide viscerale congenita, sifilide dello stomaco intestino pancréas fagéto (Giorn. Intern. Malatt vener, LX, n° 6, 10 janv. 1920, p. 490).

Curtis (*A.*). — Syphilis of the stomac (Jour. of Amer. Med. Assoc., LII, 1159, 1909).

Carrière (*G.*). - Sur quelques manifestations gastriques de la syphilis (Trib. Méd., N Série, XLI, 789).

Cerné et Delaforge. — La radioscopie des ulcères de l'estomac (Arch. Mal. app. digest. et nutrition).

— A propos du diagnostic radiologique de l'estomac biloculaire (Arch. mal. app. digest, et nutrition, n 6, 1912, p. 333).

Collette (*A.*). Diagnostic radioscopique des biloculations gastriques. Thèse de Paris, 1913-1914.

Courmont, Delore et Santy. — Ulcère hémorragique avec biloculation gastrique. Résection médiogastrique (Lyon méd., CXXII, 1343).

Delore et Alamartine. — Ulcère en évolution et biloculation gastrique. Traitement chirurgical (Revue de Chir., XXIV, 482, 1909).

Desternes. — Un cas de dilatation de l'estomac avec spasmes médiogastriques et ptose du duodénum (Bull. et Mém. Soc. de radiol. de Paris, III, 36).

Delbet (*Pierre*) *et Mocquot.* — Trois interventions pour crise gastrique du tabès (Bull. et Mém. Soc. chir. Paris, XXXIX, 821).

Durand (*G.*) *et Chauvet* (*S.*). — Les crises gastriques tabétiformes au cours des gastropathies organiques (L'Hôpital, I, n° 114).

Duval (*P.*). — A propos des aspects biloculaires de l'estomac à l'examen radiologique (Arch. mal. app. digest. et nutrit., t. X, n° 3, p. 163).

Einhorn (*M.*) *et Case* (*A.*). — Of syphilitic tumeur of the stomac and liver with recovery (Intern. Journ. o sur., XXII, 6, 1919).

Eusterman (*G.-B.*). — Syphilis of the stomac report of a case (Med. clics of North America, III, n° 3, nov. 1919, p. 669).

Florant et Girault. — Syphilis gastrique à forme de gastrite chronique, syphilis gastrique à forme de dyspepsie banale (Soc. méd. hôp., 23 juillet 1920).

Galliard et Mendelssohn. — Un cas de syphilis gastrique (Soc. med. hôp., 16 mai 1919).

Godart, Danhieux. — Spasme médio-gastrique (Policlinique. Bruxelles, XIX, 289).

Galliard (*L.*). — Syphilis gastrique et ulcère simple de l'estomac (Arch. gén. méd., janvier 1886).

Guyon (*René*). — L'exploration radiologique de l'estomac particulièrement chez l'homme sain étudiée aux points de vue anatomique et physiologique (Travail de radiologie médicale du Dr Béclère). Saint-Antoine. Thèse Paris, 1907.

Hayem et Lion. — Les maladies de l'estomac.

Hayem — De la syphilis stomacale (Pres. méd., 18 fév. 1905).

Hœnisch. — Diagnostic rœntgenien de l'estomac en sablier (Soc méd de Hambourg in Münchener medizinische Wochenschrift, 1912, p. 1464).

Hautefeuille. — Estomac biloculaire avec sténose médio-gastrique par tumeur de la petite courbure. Gaz. méd. de Picardie, XXXII-37.

Hartwel. — Syphilis de l'estomac (Ann. of Surgery, avril 1925, p. 767).

Jeanne (M.). — Estomac biloculaire traité par gastro-anastomose et la gastro-entérostomie (Ann. intern. de Chirur. gastro-intestinale, II, 137, 1909).

Kohn (Alfred). — Syphilis de l'estomac et de l'intestin (Ann. J. Med. Sc., mai 1909, p. 685-694).

Leriche. — A propos de l'estomac biloculaire congénital (Lyon chirurg., I, 374).

Leven et Barret. — Contracture et spasme gastrique essentiels. La chorée de l'estomac (Presse méd., XVIII, 504).

— Une forme de syphilis gastrique (le petit estomac syphilitique) (Bull et Méd. Soc. Radiologie med. de Paris, IV, 163).

Le Noir et Bariety. — Considérations sur la pathogénie de l'estomac biloculaire d'origine ulcéreuse (Presse méd., 29 mars 1924).

Lion et Nathan. — Estomac biloculaire (Arch. mal. app. digestif et nutrition, II, 597).

Legros. — Radio-diagnostic de l'estomac biloculaire (Arch. Mal. app. digest. et nutrit., t. VI, p. 79).

Lehmann. — Syphilis gastrique. Manifestations tardives d'une syphilis héréditaire (Journ. des Praticiens, XXVIII, 8).

Leven. — Le traitement de la syphilis gastrique (Bull. génér. de thérapeutique, CLXXI, n° 9, septembre 1920, p. 501).

Larimore. — Syphilis de l'estomac (Surg. gynécol. et obst., t. XXXVII, août 1923, p. 127 à 133).

Lemesle. — Contribution à l'étude de l'estomac biloculaire. Données radioscopiques et résultats comparés des divers traitements. Thèse de Toulouse, n° 40.

Leriche et Cotte. — Biloculations physiologiques et biloculations anatomiques de l'estomac (Lyon méd , CXX, 900).

Lafleur (H. A.). — A case of gastric syphilis (Montréal M. J., 1903, XXXII, 488-492).

Mariano (R.), Castex. — La syphilis dans l'étiologie des ulcères gastriques et duodénaux (Prensa medica. Argentina, 30 oct. 1917).

Monprofit. — Diagnostic de l'estomac biloculaire (Ann. intern. de Chirur. gastro-intestinale, III, 1, 1909).

Mathieu. — Etude sur la pathologie de l'ulcus (Gaz. Hôp., LXXXVII).

Nœber et Degroenwe. — Contribution à l'étude des estomacs biloculaires (Ann. intern. de Chirur. gastro-intestinale, II, 143).

Œttinger et Bonniot. — Bull. et Mém. Soc. Radiologie méd. Paris, p. 264, 1911.

Pauchet (V.). — Double sténose gastrique et duodénale. Triple anastomose, retour des accidents par ulcère peptique (Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris, XL, 528).

Pouchet (G.). — L'estomac biloculaire et son traitement chirurgical. Thèse de Lyon, décembre 1906.

Rachet (J.). — La syphilis gastrique. (Vie médic. Paris, 1922, 1599, 1603).

Ramond (*L.*). — A propos d'un cas de syphilis de l'estomac (Progrès médical, 1920, n° 1, 4 janvier, p. 7).

Stierlin. — Etudes radiologiques sur les spasmes de l'estomac (Munchener Medizinische Wpchenschrift, 1912, n° 16).

Simon et Croussade. — Le radio-diagnostic. Des déformations stomacales (Progrès médical, XXXXII, 301, 1918).

Santy et Tixier. — Résection médio-gastrique pour biloculations par ulcère (Lyon Méd., CXXII, 478).

Smithies (*F.*). — Tertiary lues gummata of the stomach and Charcot's Knee (Quart. Med. Clin. Saint-Louis, 1919, t. 1).

Tuffier et Roux-Berger. — L'estomac biloculaire (Presse médicale, XXI, 369).

Veyrassat. — L'estomac biloculaire et son traitement chirurgical (Revue de Chirurgie, XXVIII, 761, 1909).

Verdeau. — Contribution à l'étude de l'estomac biloculaire acquis. Son traitement Thèse de Bordeaux, n° 61.

Notre bibliographie est volontairement incomplète. Le nombre des auteurs qui se sont occupés de la syphilis gastrique étant extrêmement considérable, nous conseillons de se reporter pour la bibliographie française aux *Archives des Maladies de l'appareil digestif et de la nutrition* et pour les références étrangères, américaines, en particulier, à l'excellent travail d'Hartwel, dont nous donnons plus haut l'indication.